

PENDEKATAN CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL (CFIM) TENTANG PENCEGAHAN FOOD BORNE DISEASE DAN SELF CARE AGENCY ANAK

Calgary Family Intervention Model Approach (CFIM) Prevention of Food Borne Disease and Self Care Agency for Children

Wiwit Dwi Nurbadriyah¹, Pudji Lestari¹, Yuni Sufyanti¹

¹Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen
Jl. Trunojoyo 16 Kepanjen-Kabupaten Malang 65163
e-mail: wiwit.dn@gmail.com

ABSTRAK

Food borne disease (FBD) adalah penyakit melalui konsumsi makanan terkontaminasi. Masalah yang terjadi, *FBD* rentan menyerang anak sekolah karena kontaminasi makanan rumah tangga. Hal ini mengindikasikan *hygiene* keluarga sebagai *food handler* utama (ibu) yang menyiapkan makanan masih perlu peningkatan. Rancangan penelitian *pre eksperiment one group pre post test design* dengan sampel 35 responden yaitu orangtua beserta siswa kelas 4 dan 5 di SDN. Data yang diambil demografi, CFAM (*Calgary Family Assessment Model*), pengetahuan, sikap, praktik keluarga dan *self care agency* anak dalam PHBS di sekolah. Hasil ada peningkatan pengetahuan dan sikap keluarga, praktik keluarga dan *self care agency* anak tidak mengalami perubahan setelah dilakukan intervensi CFIM selama 4 sesi. CFAM pada komponen fungsional tentang aktivitas sehari-hari sebagian besar kurang sehingga mempengaruhi praktik yang tidak mengalami perubahan. Sedangkan *self care agency* anak dipengaruhi lingkungan sekolah seperti keterjangkauan jajanan. Tenaga kesehatan diharapkan mengoptimalkan program Unit Kesehatan Sekolah untuk memberikan pendidikan tentang PHBS kepada komunitas sekolah (murid, guru dan karyawan) dan pendampingan keluarga melalui kader.

Kata kunci: Model *calgary*, penyakit bawaan makanan, kemandirian anak

ABSTRACT

Food borne disease (FBD) is a disease caused by consumption of contaminated food. The problem is, school aged children are vulnerable *Food borne disease* because of household food contamination. This indicates the family hygiene as a food handler mainly mother during preparing the food still need to be improved. The study design used *pre experiment one group pre and post test design* with a sample of 35 respondents namely, 4th grade students with their parents and 5th grade students with their parents in Jatirejoyoso Kepanjen Primary School. Demographic data, CFAM (*Calgary Family Assessment Model*), knowledge, attitudes, practices family and children's self-care agency in PHBS at school were used. The results was an increase in knowledge and attitudes of families, family practice and self child care agency did not change after the intervention CFIM for 4 sessions. CFAM on the functional components of the daily activity was lacking mostly, thus affecting the unchanged practice. While children self-care agency was affected by school environment such as affordability of snacks. Health professionals are expected to optimize School Health Unit program to provide education about clean and healthy living behaviors at the school community (students, teachers and school employees) and family assistance through a cadre.

Keywords: Model of *calgary*, food borne disease, child's self care agency

LATAR BELAKANG

Food borne disease adalah penyakit bawaan makanan yang disebabkan oleh agen penyakit yang masuk ke dalam tubuh melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi.

Penyakit diare adalah contoh penyakit paling sering ditularkan melalui makanan dan minuman. Penyakit lainnya adalah *typhoid* dan kecacingan. Masalah yang terjadi saat ini adalah *food borne disease* rentan menyerang

anak sekolah. Data BPOM RI tahun 2001-2009 menunjukkan penyebab terbanyak *food borne disease* karena kontaminasi makanan rumah tangga sebanyak 38,68% (BPOM, 2010). Data tersebut mengindikasikan bahwa praktek hygiene dan sanitasi oleh keluarga sebagai *food handler* utama (ibu) yang menangani dan menyiapkan makanan pada anak usia sekolah masih perlu upaya peningkatan (Widoyono, 2011).

Kadaan ini didukung oleh kurangnya kemandirian anak (*self care agency*) dalam upaya pencegahan *food borne disease*. Kebiasaan hidup bersih dan sehat (PHBS) di tatanan sekolah yang masih kurang seperti kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan atau melakukan cuci tangan tapi teknik kurang benar (tidak menggunakan air mengalir, tidak menggunakan sabun). Sedangkan yang melakukan cuci tangan dengan benar hanya 47,2% (Antara, 2014; Riskesdas, 2013). Salah satu upaya pencegahan *food borne disease* adalah program informasi dan edukasi keamanan pangan kepada keluarga dan perilaku hidup bersih dan sehat pada anak sekolah. Namun sampai saat ini pencegahan *food borne disease* dan kemandirian anak usia sekolah (*self care agency*) dalam perilaku hidup bersih dan sehat melalui pendekatan intervensi keluarga masih belum jelas.

Di Indonesia *food borne disease* terbanyak adalah diare, hingga saat ini diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan prevalensi diare sekitar 7% dan angka kejadian di Jawa Timur lebih tinggi dari rata-rata nasional yaitu 7,4%. Kejadian diare anak usia sekolah menempati urutan terbanyak setelah bayi dan lansia yaitu sebesar 6,2%. Data Kemenkes RI (2012) menunjukkan angka kesakitan diare masih tinggi, meskipun ada penurunan yaitu 423/1.000 penduduk pada tahun 2006 menurun menjadi 411/1.000 penduduk pada tahun 2010. Angka CFR (*Case Fatality Rate*) diare selama tahun 2011-2012 meningkat, yaitu 0,40% menjadi 1,45%.

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tahun 2014 kejadian diare usia 5-14 tahun sebanyak 21,8% dan yang mengalami dehidrasi sedang dan berat sekitar 14%. Hal ini menunjukkan bahwa *food borne disease* rentan terjadi pada anak usia sekolah. Jika hal ini tidak dapat dicegah, akan berdampak negatif bagi status kesehatan anak usia sekolah. Anak akan sering izin sakit dan hal ini sangat berpengaruh dalam prestasi belajar yang dicapai (Solikhah, 2012). Hasil studi pendahuluan didapatkan angka kesakitan berdasarkan absensi semester ganjil (Juli-Desember 2014) didapatkan: 0,2% pada anak kelas V. Sedangkan wawancara pada 4 keluarga didapatkan prosedur 5 kunci keamanan pangan ada 25% ibu yang tidak menjaga kebersihan (mencuci tangan sebelum memasak), 50% tidak memisahkan bahan mentah dan matang, 25% tidak memasak dengan benar, 25% tidak menjaga suhu aman dan semua ibu menggunakan air/bahan baku aman.

Pencegahan *food borne disease* dalam keluarga dan kemandirian anak dalam perilaku hidup bersih dan sehat sangat penting. Hal ini disebabkan keluarga merupakan unit terkecil yang memberikan fondasi primer pada perkembangan anak. Peran keluarga sangat besar dalam menanamkan nilai yang dianut dan memberi pengaruh secara langsung pada perilaku anak, termasuk perilaku kesehatan (Puspitasari, 2006). Indikator dalam tatanan keluarga yaitu menggunakan air bersih, mencuci tangan, menggunakan jamban serta menjaga makanan dari kontaminan melalui 5 kunci keamanan makanan atau *Ten Golden Rules for safe food production* (WHO, 2009).

Kemandirian anak (*self care agency*) yang kurang dalam perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah karena beberapa faktor, antara lain pendekatan yang kurang sesuai (media dan penyusunan pesan) dalam memberikan informasi kesehatan serta orangtua yang mengizinkan anak untuk jajan dan tidak membawakan bekal ke sekolah. Perilaku yang dapat dilakukan anak sekolah meliputi pemeliharaan kesehatan diri dan lingkungan.

Pemerintah menetapkan indikator PHBS pada anak sekolah dasar yang terkait dengan pencegahan *food borne disease* meliputi: mencuci tangan, mengonsumsi jajanan sehat, menggunakan jamban yang bersih dan membuang sampah pada tempatnya (Solikhah, 2012).

Upaya dalam meningkatkan perilaku kesehatan anak usia sekolah melalui *health promoting school*. Sasarannya adalah komunitas sekolah (murid, guru dan karyawan sekolah) dengan tujuan memberikan pengetahuan tentang prinsip dasar hidup sehat, menimbulkan sikap dan perilaku hidup sehat, dan membentuk kebiasaan hidup sehat. Kesehatan anak usia sekolah juga ditentukan oleh tatanan atau tempat seseorang menghabiskan waktunya, yaitu di rumah dan sekolah (Rokhimah, 2009; Notoatmojo, 2010).

Anak berada di lingkungan sekolah paling lama 8 jam/hari, selebihnya akan kembali ke rumah atau keluarga. Anak usia 10-12 tahun sudah dapat bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan *personal hygien* nya tapi masih perlu peningkatan untuk melakukannya (Wong, 2009). Keterlibatan keluarga dalam proses *health promoting school* diharapkan dapat membawa perubahan perilaku positif tentang pencegahan penyakit. Namun demikian, belum banyak penelitian yang menemukan adanya keterkaitan atau hubungan antara keterlibatan keluarga dengan kemandirian anak dalam pencegahan *food borne disease*.

Pada permasalahan anak sekolah dalam pencegahan *food borne disease* perlu dilakukan pengkajian menyeluruh pada sistem dan sub sistem yang mempengaruhi anak termasuk unit keluarga, pengkajian tidak hanya pada individu namun lebih pada interaksi dalam keluarga. *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) merupakan intervensi yang sesuai dalam upaya mengubah domain kognitif, afektif dan perilaku dari permasalahan fungsional keluarga termasuk yang dialami salah satu anggota keluarga (individu). Perubahan pada satu individu dapat

berpengaruh pada anggota yang lain (Wright & Leahey, 2009)

Intervensi menggunakan pendekatan model intervensi keluarga Calgary belum pernah diterapkan dalam pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah di wilayah kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang. Menurut petugas Puskesmas Kepanjen, pemeriksaan PHBS di tatanan sekolah sudah dilakukan namun tindak lanjut dan konseling terkait pencegahan *food borne disease* belum diikuti dengan kunjungan rumah. CFIM dipilih sebagai intervensi dalam penelitian ini karena lebih rinci dalam melakukan pengkajian keluarga menggunakan CFAM (*Calgary Family Assessment Model*), intervensi disesuaikan dengan hasil pengkajian tersebut dengan pendampingan kepada keluarga melalui kunjungan rumah. Setiyorini (2012) menyatakan bahwa ada pengaruh CFIM pada praktik manajemen asma dan derajat kontrol asma, namun masih perlu penelitian lebih lanjut jika CFIM diterapkan pada penyakit lain. Berdasarkan uraian diatas maka diperlukan kajian tentang pendekatan CFIM tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* anak.

METODE

Penelitian ini menggunakan *pre eksperiment one group pre post test design*. Sampel penelitian 35 responden yaitu orangtua beserta siswa kelas 4 (17 orang) dan 5 (18 orang) di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen. Teknik *sampling purposive* pada responden yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi sebagai berikut: keluarga inti, anak tinggal bersama orangtua, keluarga yang dapat membaca dan menulis, bersedia berpartisipasi dalam penelitian, ibu sebagai *food handler* utama, suku Jawa. Sedangkan kriteria eksklusi: Terdapat keterbatasan baik fisik, mental atau kognitif yang dapat mengganggu penelitian (contoh: gangguan penglihatan (buta), pendengaran (tuli), dan *dimensia*), tidak dapat mengikuti secara penuh saat pelaksanaan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) dengan berbagai alasan (*drop out*). Sampel

dipilih kelas IV dan V karena rentang usia sekolah 10-12 tahun: (1). Menurut teori perkembangan moral Kohlberg anak sudah masuk dalam tahap moral (konvensional) dimana kesadaran diri anak sudah mulai tumbuh sehingga kontrol perilaku sudah didapat dari dalam diri anak, anak juga mulai peduli akan pemeliharaan dan pengharapan keluarga. (2).Teori perkembangan kognitif sudah masuk tahap *konkrit operasional*, anak usia sekolah sudah mampu memahami masalah konkrit, dapat memahami alasan dan mulai berpikir rasional. Data yang diambil:1). demografi (data umum keluarga dan anak), 2).pengkajian Calgary (CFAM).3). Kuisiener pengetahuan berdasarkan *Australian food standart*, 4). Kuisiener sikap keluarga menggunakan skala likert tentang pencegahan *food borne disease*, 5). Observasi dan wawancara praktik keluarga berdasarkan *Australian food safety standart*. 6). Observasi dan wawancara *Self care agency* (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS di sekolah. Analisa data menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* dengan α 0.05. CFIM (*Calgary Family Intervention Model*) merupakan intervensi yang sesuai dalam upaya mengubah domain kognitif, afektif dan perilaku. CFIM dipilih dalam penelitian ini karena lebih rinci dalam melakukan pengkajian keluarga dan pendampingan melalui kunjungan rumah. Pengkajian CFAM (*Calgary Family Assessment Model*) terdiri dari struktural, perkembangan dan fungsional. Intervensi sebanyak 4 sesi, setiap sesi sekitar 50 menit dengan metode ceramah, diskusi, konseling, demonstrasi, menonton video cuci tangan. Intervensi melalui kunjungan rumah pada 15 Maret sampai 11 April 2015 (4 minggu). *Post test* dan observasi dilakukan 1 minggu setelahnya yaitu 13-18 April 2015 kemudian dilanjutkan proses tabulasi dan pengolahan data.

HASIL PENELITIAN

Distribusi data demografi 35 responden (keluarga) pada penelitian ini sebagian besar usia 30-39 tahun, ayah sebanyak 15 orang (42.9%) dan ibu sebanyak

24 orang (68.1%). Pendidikan terakhir ayah dan ibu sebagian besar adalah SMP sebanyak 19orang (54.3%) dan 17 orang (48.7%). Pekerjaan sebagian besar swasta untuk ayah dan ibu sebanyak 25 orang (71.5%) dan 15 orang (42.9%). Sebagian besar responden pernah mendapat informasi (94.3%), sumber informasi dari petugas kesehatan (saat berobat ke pelayanan kesehatan) tentang kebersihan diri (mencuci tangan) dan kebersihan lingkungan tapi tidak termasuk kebersihan makanan (28.6%). Sedangkan responden anak menunjukkan sebagian besar anak usia sekolah yaitu usia 11-12 tahun sebanyak 19 orang (54.3%). KlasV sebanyak 18 orang (51.4%) dengan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 21 orang (60%).

Pengkajian Calgary (CFAM) ini terdiri dari komponen struktural, perkembangan dan fungsional. Komponen structural terdiri dari jumlah Jumlah anggota keluarga inti sebagian besar ≤ 4 orang (ayah, ibu, anak) sebanyak 27 orang (77.1%). Jenis kelamin: tidak ada perbedaan harapan keluarga terhadap kebiasaan pencegahan *food borne disease*, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (60%). Urutan posisi anak ke-1 atau ke-2 sebanyak 27 orang (77.1%). Batasan keluarga dan keluarga besar berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan pencegahan *food borne disease*, didapatkan sebagian besar (71.4%) tidak ada aturan. Maksudnya adalah tidak ada pemberian *reward* dan *punishment* bagi anak yang patuh atau tidak dalam melakukan pencegahan *food borne disease*.. Dukungan keluarga besar dari kakek, nenek, paman dan saudara yang lain. Sistem lebih luas sebanyak 30 orang (85.7%) sudah ada aturan pencegahan *food borne disease* dari tokoh masyarakat tentang PHBS tentang kebersihan lingkungan secara umum misal kegiatan kerja bakti.

Komponen perkembangan terdiri dari: hubungan ayah-ibu, ibu-anak dan anak dengan anak semuanya sangat erat (100%), ayah-anak sebagian besar tidak erat (57.1%). Hubungan antar anggota keluarga merupakan ikatan kasih sayang melalui kebersamaan dalam keluarga.

Indikator dilihat dari kegiatan makan bersama, rekreasi bersama, momen komunikasi yang terbuka. Hubungan ayah/ibu ke anak ini merupakan kekuatan keluarga dalam memberikan *support* (motivasi) antar anggota keluarga dalam mencegah *FBD*. Hubungan keluarga dengan lingkungan merupakan keterikatan keluarga dengan lingkungan luar seperti sekolah, tempat kerja dan keluarga besar didapatkan hubungan yang baik (100%), hubungan keluarga dengan tetangga sebagian besar sangat baik (85.7%). Ketersediaan sarana kebersihan dalam pencegahan *food borne disease* didapatkan semua responden mempunyai fasilitas jamban (100%), fasilitas tempat sampah dan sumber air bersih sebagian besar tersedia sebanyak 51.4% dan 88.5%.

Komponen fungsional merupakan pengkajian fungsi keluarga yang merujuk pada aktivitas kehidupan sehari-hari, terdiri dari *Activity Daily Living* atau aktivitas rutin/kebiasan dalam 1 bulan terakhir oleh keluarga dalam pencegahan *food borne disease* sebagian besar tidak dilakukan secara rutin sebanyak 25 orang (71.4%). Aktivitas rutin terdiri dari 3 kegiatan yaitu menjaga kebersihan diri (mencuci tangan dengan sabun), menjaga kebersihan pengelolaan

makanan minuman dan kebersihan lingkungan. Pemecahan masalah merupakan kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah sendiri dengan efektif sebagian besar pemecahan masalah ditentukan oleh kepala keluarga sebanyak 26 orang (74.3%). Penanggungjawab merawat anak sakit merupakan pembentukan peran anggota keluarga. Tugas merawat anak merupakan tanggungjawab orangtua dan bukan kewajiban salah satu orangtua saja (ibu). Hasil pengkajian pada sub komponen tugas merawat anak sebagian besar oleh salah satu orangtua saja (ayah/ibu) sebanyak 20 orang (57.2%).

Tindak lanjut terhadap *FBD* merupakan kegiatan yang dilakukan keluarga melalui upaya pengobatan (kuratif) dan pencegahan (preventif) agar tidak terjangkit atau terkena kembali penyakit tersebut. Upaya pengobatan (kuratif) dengan membawa anak berobat ke dokter jika sakit sebanyak 85.7%. Keyakinan merupakan sesuatu yang mendasari keluarga dalam melakukan pencegahan penyakit. Sebagian besar responden (80%) menganggap bahwa *FBD* bukan merupakan masalah besar karena bisa dicegah dan tidak seberat penyakit lain.

Diagram 1 pengetahuan keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) bulan Maret-April 2015

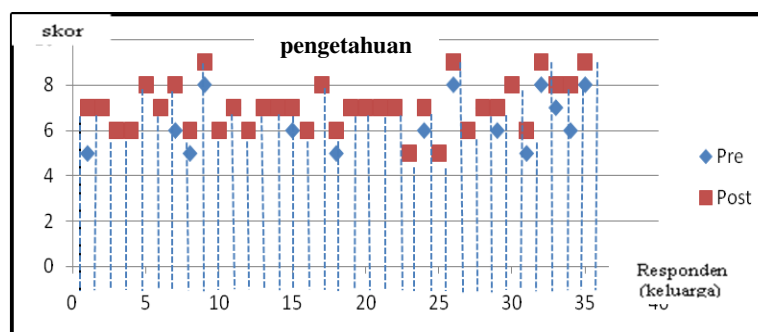


Diagram 2 sikap keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) bulan Maret-April 2015

skor

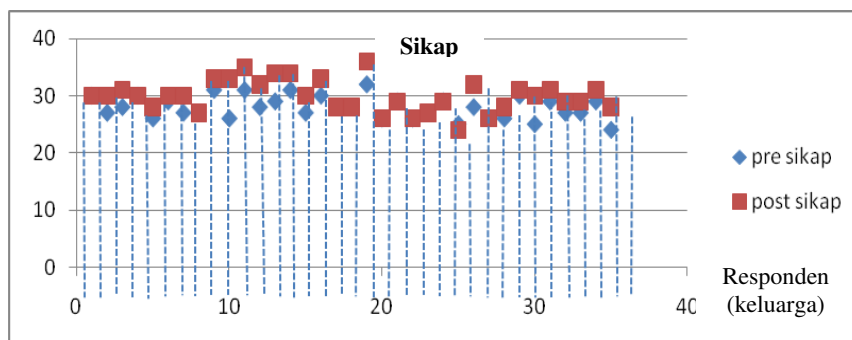


Diagram 3 Praktik keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) bulan Maret-April 2015

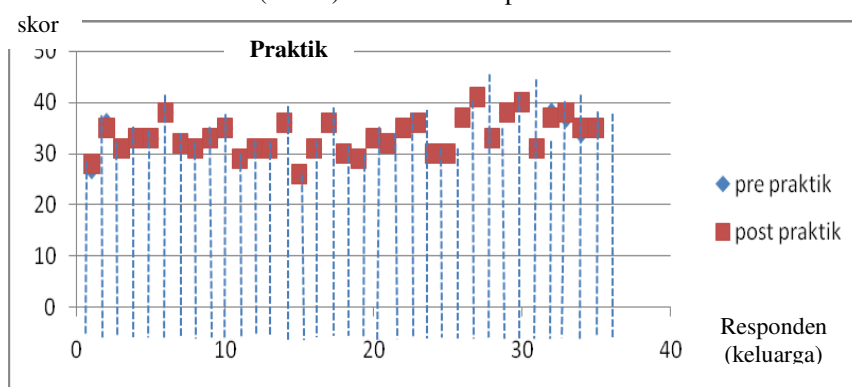


Diagram 4 *self care agency* (kemandirian) anak dalam pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) bulan Maret-April 2015

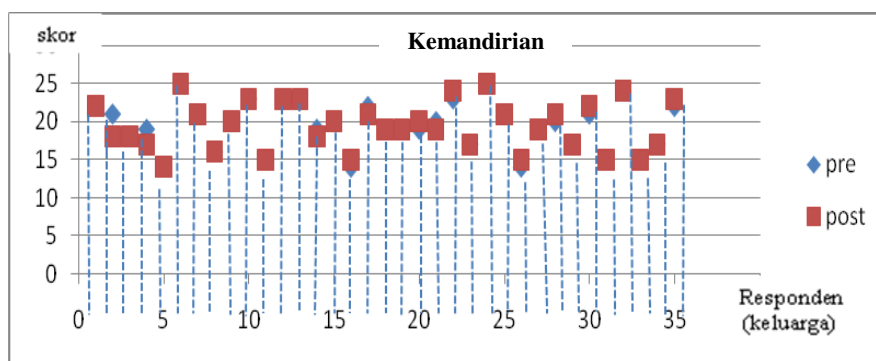


Diagram 1 menunjukkan sebelum diberikan intervensi (*pre test*) sebagian besar pengetahuan baik sebanyak 18 orang (51.4%) dengan median 7, setelah diberikan intervensi (*post test*) meningkat menjadi 24 orang (68.8%). Peningkatan setelah diberikan intervensi sebanyak 17.4%. Perubahan pengetahuan didapatkan dengan uji statistik *Wilcoxon sign rank test* $p=0.00$ yang menunjukkan ada pengaruh yang signifikan pada pengetahuan sesudah dilakukan CFIM.

Diagram 2 menunjukkan data bahwa sebelum intervensi sebagian besar responden mempunyai sikap positif sebanyak 19 orang (54.3%) dengan median 28, kemudian diberikan intervensi (*post test*) meningkat menjadi 20 orang (57.1%) dengan median 30. Peningkatan median sebelum dan sesudah intervensi sebanyak 2 poin. Hasil uji statistik *Wilcoxon sign rank test* $p=0.00$ yang menunjukkan ada pengaruh yang signifikan pada sikap sesudah dilakukan intervensi CFIM.

Diagram 3 didapatkan data sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tidak ada kenaikan median sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum dan sesudah dilakukan intervensi sebagian besar praktik responden baik 57.1% (20 orang) dengan median 33. Uji statistic *Wilcoxon sign rank test* $p=1$ yang menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan pada praktik sesudah dilakukan intervensi.

Tabel 1 Hasil analisis uji Wilcoxon tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan CFIM bulan Maret-April 2015

No	Variabel	Pre test	Post test	Uji wilcoxon Sig (p)	Interpretasi
1	Pengetahuan				Ada beda
	Baik	51.4%	68.6%	0.00	
	Kurang	48.6%	31.4%		
	Median	7	7		
2	Sikap			0.00	Ada beda
	Positif	54.3%	57.1%		
	Negatif	45.7%	42.9%		
	Median	28	30		
3	Praktik			1	Tidak ada beda
	Baik	57.1%	57.1%		
	Kurang	42.9%	42.9%		
	Median	33	33		
4	<i>Self care agency</i>			0.796	Tidak ada beda
	Baik	48.6%	48.6%		
	Kurang	51.4%	51.4%		
	Median	20	20		

PEMBAHASAN

Pengetahuan Keluarga dalam pencegahan *food borne disease*

Pengetahuan kesehatan (*health knowledge*) mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara pemeliharaan kesehatan. Pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang mempermudah terjadinya perubahan perilaku, termasuk perilaku kesehatan (Taufik, 2007). Pengetahuan dapat disebarkan melalui media pembelajaran dan pemilihan metode yang sesuai. Media pembelajaran merupakan sarana fisik untuk

Diagram 4 menunjukkan *self care agency* (kemandirian) anak dalam pencegahan *food borne disease* sebelum dilakukan intervensi sebagian besar kurang (51.4%) dan sesudah dilakukan pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) juga tetap. Median sebelum dan sesudah intervensi adalah 20. Uji statistic *Wilcoxon sign rank test* didapatkan $p=0.796$ yang menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan pada kemandirian sesudah intervensi.

menyampaikan isi pembelajaran sehingga dapat membantu memahami informasi yang diberikan, dengan kata lain keberhasilan proses edukasi dipengaruhi oleh alat bantu (Kholid, 2015). Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) menggunakan media *booklet* dan video cuci tangan. Media *booklet* berbentuk buku berisi tulisan atau gambar atau keduanya dengan sasaran masyarakat yang bisa membaca. *Booklet* dalam penelitian ini termasuk media rancangan (*media by design*) karena perlu dirancang sesuai maksud dan tujuan pembelajaran tertentu, dalam hal ini adalah tentang

pencegahan *food borne disease* (Maulana, 2013; Efendi, 2013).

Penelitian ini memanfaatkan beberapa metode dalam menyampaikan pesan pencegahan *food borne disease* yaitu: ceramah, diskusi, konseling dan demonstrasi cuci tangan. Metode merupakan cara atau pendekatan dalam menyampaikan informasi. Jenis metode dalam penelitian ini menggunakan kombinasi metode didaktif dan sokratik. Metode didaktif dilakukan satu arah (*one way methode*) berupa ceramah dan metode sokratik secara 2 arah (*two ways methode*) berupa diskusi dan demonstrasi cara melakukan cuci tangan. Metode pembelajaran perlu dikombinasikan karena tidak ada metode yang paling baik dan bisa berdiri sendiri agar bisa diterapkan sesuai dengan sasaran (Maulana, 2013).

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah keluarga dengan jenis intervensi melalui kunjungan rumah. Menurut Mubarak (2007) dimensi sasaran kepada individu, kelompok, dan masyarakat luas. Intervensi CFIM melalui kunjungan rumah termasuk metode pembelajaran individu, umumnya dengan berhadapan langsung sehingga materi yang diberikan berfokus pada masing-masing keluarga. Hal ini memungkinkan responden akan lebih paham materi yang diberikan dan lebih leluasa bertanya jika ada hal yang belum dimengerti. CFIM diberikan sebanyak 4 sesi dengan waktu 50 menit. Taufik (2007) menyatakan bahwa belajar adalah proses yang menimbulkan terjadinya perubahan atau dalam tingkah laku atau kecakapan. Perubahan tersebut tergantung dari faktor individu (kematangan, kecerdasan, motivasi) dan sosial (dukungan keluarga dan lingkungan).

Pengetahuan responden yang sejak awal sudah baik sebelum dilakukan intervensi bisa mempengaruhi tingkat keberhasilan intervensi CFIM secara umum. Berdasarkan data umum keluarga didapatkan sebagian besar responden sudah pernah mendapat informasi sebelumnya, sumber informasi dari berbagai media, televisi, petugas kesehatan, teman/kegiatan lain. Media merupakan metode

pendidikan massa untuk memberikan pesan kepada masyarakat, bersifat umum dan bertujuan menggugah kesadaran masyarakat. Hasil yang dicapai dalam komunikasi massa adalah sekedar tahu (*awareness*), jika berulang bisa mencapai minat (*interest*) dalam keadaan tertentu bisa mencapai adopsi (Maulana, 2013; Sudiharto, 2012).

Usia juga mempengaruhi pengetahuan seseorang. Sebagian besar usia ayah dan ibu adalah 30-39 tahun. Usia tersebut termasuk usia dewasa dimana seseorang akan bertanggungjawab menjalankan perannya. Kedewasaan merupakan faktor internal individu yang mempengaruhi proses belajar. Semakin dewasa seseorang pengalamannya semakin banyak dan mempengaruhi pola pikirnya. Selain faktor individu, ada faktor sosial seperti pekerjaan. Sebagian besar responden bekerja swasta. Peningkatan pengetahuan pada keluarga dapat dipengaruhi lingkungan sosial karena setiap anggota keluarga selalu berinteraksi dengan oranglain sehingga dimungkinkan mendapatkan pemahaman baru (Taufik, 2007).

Pengkajian keluarga Calgary untuk intervensi kognitif tujuannya adalah untuk memberikan informasi, gagasan dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga (Wright & Leahay 2009). Perubahan pengetahuan ini didahului persepsi positif keluarga tentang keyakinan/kepercayaan bahwa intervensi CFIM mempunyai manfaat dalam peningkatan perilaku kesehatan keluarga. Hal ini bisa dicapai melalui upaya BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) pada tahap awal (*engagement*) sehingga keluarga bisa menerima intervensi yang akan diberikan. Pengetahuan tentang *food borne disease* akan membuat anak dan keluarga mengerti sehingga termotivasi untuk berusaha mencegah penyakit tersebut. Perubahan dalam keluarga pada domain kognitif menurut teori Calgary akan mempengaruhi pada domain yang lainnya.

Pengetahuan tentang pencegahan *food borne disease* diberikan kepada keluarga, untuk mengoptimalkan fungsi keluarga dalam

bidang kesehatan. Proses intervensi dengan pendekatan Calgary dalam domain kognitif, afektif dan psikomotor dapat berjalan dengan lancar karena melibatkan anggota keluarga, persepsi yang positif sebelumnya bahwa nilai-nilai pencegahan yang ditanamkan di keluarga akan berpengaruh terhadap *self care agency* (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS di sekolah.

Pengetahuan pada responden yang tidak mengalami peningkatan bisa dipengaruhi oleh kondisi internal dan eksternal individu. Faktor eksternal meliputi lingkungan keluarga (kondisi sosial ekonomi, hubungan kurang harmonis), lingkungan sekitar (pengaruh teman, organisasi), dan instrumental (kondisi tempat dan waktu). Sedangkan faktor internal adalah psikologis dan fisiologis seperti tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan (Maulana, 2013). Pada aplikasi pendekatan CFIM terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu tingkat konsentrasi keluarga dalam mempelajari pencegahan *food borne disease* diantaranya adalah anak yang masih kecil rewel dan keluarga dalam kondisi lelah.

Sikap Keluarga dalam pencegahan *food borne disease*

Wright & Leahay (2009) menyatakan bahwa untuk merubah sikap dilakukan dengan menceritakan pengalaman sakit melalui komunikasi terapeutik serta memberi dukungan/motivasi. CFIM dilakukan 4 sesi dengan waktu 50 menit/sesi sehingga terjadi interaksi kontinyu selama intervensi. Hal ini memungkinkan terjadi peningkatan sikap karena sudah ada ikatan emosi dan pemberian motivasi kepada keluarga dalam mengaplikasikan pencegahan *FBD*.

Wright & Leahay (2009) menyebutkan bahwa sikap dan tindakan bisa diperantarai oleh pengetahuan. Hasil penelitian ini didapatkan peningkatan pengetahuan sehingga sikap secara tidak langsung juga ikut meningkat. Selain itu pembentukan sikap juga dipengaruhi lingkungan dan kebudayaan dimana seseorang dibesarkan (Azwar, 2010).

Pengkajian Calgary (CFAM) pada komponen perkembangan (*developmental*) menunjukkan tentang hubungan responden dengan lingkungan dan hubungan antar anggota keluarga. Hubungan antar anggota keluarga merupakan ikatan kasih sayang melalui kebersamaan dalam keluarga melalui kegiatan yang dilakukan bersama dan komunikasi yang terbuka. Interaksi ini merupakan kekuatan keluarga dalam memberikan *support* (motivasi) antar anggota keluarga dalam mencegah *food borne disease*. Sedangkan hubungan keluarga dengan lingkungan luar seperti sekolah, tempat kerja dan keluarga besar didapatkan hubungan yang baik, hubungan keluarga dengan tetangga sebagian besar sangat baik. Interaksi yang baik ini dimungkinkan muncul pemahaman dan sikap yang mendukung pencegahan *food borne disease*.

Sikap dipengaruhi oleh kebudayaan seseorang. Pengkajian kebudayaan terdapat pada CFAM komponen struktural yaitu batasan keluarga, keluarga besar dan sistem yang lebih luas. Batasan berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan pencegahan *food borne disease*, didapatkan sebagian besar tidak ada aturan. Maksudnya adalah tidak ada pemberian *reward* dan *punishment* bagi anak yang patuh atau tidak dalam melakukan pencegahan *food borne disease*. *Reward* berupa pujian, jalan-jalan, dibelikan benda yang disukai. *Punishment* berupa hukuman, dimarahi/dimarahi, ditegur, dinasehati, dikurangi uang jajan, tidak ada yang beri hukuman fisik karena melanggar aturan, pembuat aturan adalah orangtua. Dukungan keluarga besar dalam bentuk mengingatkan, memberi contoh langsung, menegur jika tidak mau menjaga kebersihan. Dukungan keluarga besar dari kakek, nenek, paman dan saudara yang lain. Sedangkan aturan dalam sistem yang lebih luas sudah ada, namun hanya secara umum dilingkungan RT/RW berupa kebersihan lingkungan melalui kegiatan kerja bakti. Aturan yang longgar inilah memungkinkan terbentuknya sikap yang tidak mendukung (Azwar, 2010).

Praktik keluarga dalam pencegahan *food borne disease*

Praktik kesehatan (*health practice*) merupakan tindakan untuk hidup sehat atau semua aktivitas dalam memelihara kesehatan. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan karena perlu faktor lain yaitu sarana prasarana dan faktor penguat seperti contoh/peraturan dari tokoh masyarakat (Taufik, 2007). Pengetahuan dan sikap merupakan *predisposing factor* (faktor pemudah) terjadinya perilaku. Pengetahuan yang sudah baik akan memunculkan respon berupa sikap positif. Sikap positif akan tercermin dalam tindakan individu dalam menerapkan pencegahan *food borne disease*. Hal ini berarti pengetahuan dan sikap merupakan dasar membentuk perilaku, namun pengetahuan dan sikap yang baik belum menjamin baik pula praktik yang dilaksanakan keluarga. Sikap bisa menjadi tindakan nyata diperlukan kondisi yang memungkinkan seperti fasilitas dan faktor dukungan keluarga (Azwar, 2010).

Fasilitas sarana prasarana keluarga untuk kebersihan diri dan lingkungan hampir semua tersedia seperti jamban, tempat sampah, sumber air bersih. Kran mengalir air bersih (walaupun tidak selalu untuk cuci tangan) sudah ada, namun sabun khusus cuci tangan tidak disediakan. Sabun yang tersedia masih bercampur untuk mandi atau cuci piring. Fasilitas kebersihan makanan dalam hal penyimpanan makanan sebagian besar tidak memiliki lemari pendingin (kulkas) untuk menjaga makanan pada suhu aman. Hal inilah yang dimungkinkan hasil observasi tindakan pencegahan *food borne disease* tidak mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi.

Hasil pengkajian Calgary pada komponen fungsional merupakan pengkajian fungsi keluarga yang merujuk pada aktivitas kehidupan sehari-hari. Faktor ini juga berperan dalam perilaku responden yang tidak mengalami perubahan setelah dilakukan CFIM, terdiri dari aktivitas rutin, pemecahan masalah, penanggungjawab dalam merawat

anak, tindak lanjut jika sakit, keyakinan/kepercayaan keluarga. Aktivitas rutin/kebiasan dalam keluarga dalam pencegahan *food borne disease* sebagian besar tidak dilakukan secara rutin dalam 1 bulan terakhir. Aktivitas rutin terdiri dari 3 kegiatan yaitu menjaga kebersihan diri (mencuci tangan dengan sabun), menjaga kebersihan pengelolaan makanan minuman dan menjaga kebersihan lingkungan.

Cara pemecahan masalah merupakan kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah sendiri dengan efektif. Sebagian besar didapatkan pembuatan keputusan keluarga oleh kepala keluarga. Idealnya pemecahan masalah dilakukan melalui musyawarah oleh semua anggota keluarga inti, bukan hanya oleh kepala keluarga (Wright & Leahay, 2009). Penanggungjawab merawat anak sakit merupakan pembentukan peran anggota keluarga. Tugas merawat anak merupakan tanggungjawab orangtua dan bukan kewajiban salah satu orangtua saja (ibu). Hasil pengkajian pada sub komponen tugas merawat anak sebagian besar oleh salah satu orangtua saja. Selain itu tahap perkembangan keluarga dengan anak muda. Tugas perkembangan keluarga adalah pengaturan jarak anak, memandirikan anak, tugas finansial dan memantapkan hubungan dengan keluarga besar. Pada tahap ini sistem lebih kompleks dibandingkan tahap sebelumnya, sehingga orangtua biasanya mempunyai area kekuasaan dan pembagian tugas sendiri. Ibu bertugas mengurus anak dan rumah sedangkan ayah bekerja.

Tindak lanjut terhadap *food borne disease* merupakan kegiatan yang dilakukan keluarga melalui upaya pengobatan (kuratif) dan pencegahan (preventif) agar tidak terjangkit atau terkena kembali penyakit tersebut. Upaya yang dilakukan sebaiknya berupa tindakan preventif, namun hasil pengkajian didapatkan data sebagian besar melakukan upaya pengobatan (kuratif) dengan membawa anak berobat ke pelayanan kesehatan jika sakit. Upaya kuratif saja tidak dapat mengurangi angka kesakitan secara

signifikan. Upaya pencegahan preventif (*primary prevention*) merupakan usaha agar masyarakat berada dalam tahap kesehatan yang optimum dan tidak jatuh ke tahap yang lebih buruk (Kholid, 2012).

Keyakinan merupakan sesuatu yang mendasari keluarga dalam melakukan pencegahan penyakit. Sebagian besar responden menganggap bahwa penyakit bawaan makanan bukan merupakan masalah besar, keyakinan tersebut menyebabkan persepsi bahwa dampak *food borne disease* tidak berbahaya sehingga tidak perlu dilakukan upaya pencegahan. Keyakinan merupakan hal yang mendasar untuk merubah perilaku, karena perubahan yang didasari kesadaran dari dalam individu akan lebih bertahan lama daripada perubahan yang disebabkan dari luar. Hal ini sejalan dengan penelitian Trepka (2006) bahwa studi fenomenologi pada 32 wanita di Miami Florida tidak menganggap *food borne disease* sebagai masalah kesehatan yang besar karena penularan melalui makanan bisa dicegah dengan praktik keamanan pangan yang sesuai standart di rumah. Motivasi terbaik dalam pencegahan tersebut adalah kesehatan bayi mereka.

Perilaku sehat sulit berubah tergantung motivasi seseorang, bagaimana persepsinya terhadap ancaman sebuah penyakit sehingga memunculkan nilai dari perilaku pencegahan, dalam hal ini adalah pencegahan *food borne disease* (Taufik, 2007). Penelitian Gauci, Charmaine et al (2005) tentang pengetahuan dan sikap dalam penanganan makanan yang aman di rumah didapatkan hasil bahwa strategi pendidikan perlu menekankan dampak penyakit dan penguatan pesan berkelanjutan dalam memberdayakan konsumen untuk mendorong perubahan perilaku.

Tindakan yang diharapkan belum bisa meningkat juga dipengaruhi faktor psikologis dan fisiologis seperti tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan (Maulana, 2013). Pada aplikasi pendekatan CFIM terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu tingkat konsentrasi keluarga dalam mempelajari pencegahan *food borne*

disease diantaranya adalah anak yang masih kecil rewel dan keluarga dalam kondisi lelah. Kondisi ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan proses penerimaan informasi oleh responden, sehingga dampak selanjutnya adalah proses internalisasi menjadi sebuah tindakan juga akan kurang berhasil sesuai harapan yang diinginkan. Profil ibu sebagai *food handler* utama sebaiknya dilakukan pemilihan kriteria inklusi yang lebih ketat agar proses selama intervensi bisa berjalan lancar.

Pelaksanaan CFIM yang sudah dilakukan belum mampu meningkatkan praktik keluarga dalam pencegahan *food borne disease* bisa disebabkan karena fleksibilitas intervensi belum diterapkan sesuai hasil pengkajian CFAM masing-masing keluarga, sehingga strategi intervensi yang berbeda sesuai hasil pengkajian perlu disiapkan. Pelaksanaan CFIM berdasarkan kebutuhan keluarga diharapkan bisa meningkatkan praktik keluarga dalam pencegahan *food borne disease*.

Self care agency anak dalam melakukan PHBS

Pengetahuan tentang pencegahan *food borne disease* pada anak belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan dalam melakukan PHBS di sekolah, untuk mewujudkan pengetahuan menjadi perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung/pemungkin (*enabling factor*) seperti fasilitas dan dukungan keluarga (Taufik, 2007). Fasilitas sarana sekolah sudah tersedia seperti jamban, tempat sampah, kran mengalir air bersih, namun sabun khusus cuci tangan tidak disediakan. Selain fasilitas, faktor yang berpengaruh adalah dukungan keluarga. Pengkajian dukungan keluarga terdapat pada CFAM komponen struktural yaitu batasan keluarga didapatkan hasil bahwa sebagian besar tidak ada batasan dalam keluarga. Dukungan keluarga berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan pencegahan *food borne disease*, maksudnya adalah tidak ada pemberian *reward* dan *punishment* bagi anak yang patuh atau tidak dalam melakukan pencegahan *food borne disease*. Dukungan

keluarga bisa dalam bentuk mengingatkan, memberi contoh langsung, menegur jika tidak mau menjaga kebersihan.

Self care agency (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS pada komponen kebersihan diri sebagian besar kurang. Berdasarkan hasil wawancara observer didapatkan bahwa anak tidak melakukan cuci tangan karena malas, masih asik bermain, tidak ada orang yang melihat dan teman yang lain tidak melakukan cuci tangan. Menurut penelitian Solikhah, 2012 PHBS anak bisa dipengaruhi oleh faktor instrinsik: sosio demografi (uang saku, jarak rumah sekolah, sarana di sekolah) dan motivasi. Sedangkan faktor ekstrinsik adalah lingkungan keluarga dan sekolah, teman sebaya, ketersediaan dan keterjangkauan jajanan.

PHBS dalam melakukan kebersihan makanan sebagian besar kurang. Faktor lain seperti praktis, harga terjangkau, warna menarik, beragam dan kebersamaan dengan teman sebaya sehingga tren jajan adalah hal yang wajar bagi anak. Ketersediaan jajanan juga ikut berpengaruh. Berdasarkan pengamatan di sekolah tersedia penjual makanan diluar sekolah, belum ada aturan melarang penjual masuk area sekolah, sehingga siswa lebih mudah mengakses walaupun hanya saat jam istirahat. Penelitian tentang Pola Jajanan Sehat dan Konsumsi Buah sayur di SD Athira Makassar didapatkan data bahwa hamper seluruhnya (97.2%) responden memiliki kebiasaan jajan di sekolah (Ayu, Endha 2013).

Faktor ketersediaan penjual jajanan di sekolah didukung oleh orangtua memberikan uang saku kepada anak sehingga cenderung berperilaku jajan sembarangan dengan uang saku yang dimiliki. Orangtua atau guru punya keterbatasan mengontrol setiap hari perilaku tersebut. Orangtua juga menjadi faktor penentu jajan yang kurang sehat karena memberi uang saku, mengizinkan anak jajan dan tidak membawakan bekal sekolah. Penelitian Syafitri (2009), uang saku sebagian besar digunakan membeli jajan. Terdapat hubungan antara alokasi uang saku dengan frekuensi

jajan dan jumlah makanan yang dibeli, artinya semakin besar uang saku maka semakin banyak jajanan yang dibeli dan frekuensi membeli jajan.

Usaha promosi keamanan pangan kepada pihak sekolah, guru, orang tua murid dan pegadang. Upaya yang bisa dilakukan dengan memberi makanan ringan/siang di sekolah oleh orangtua (bekal) dan pengadaan kantin sehat agar anak tidak jajan sembarangan. Selain itu penting sekali penting mengontrol kehadiran penjual makanan sekitar sekolah dengan edukasi berkelanjutan, memfasilitasi upaya penyediaan jajanan bersih dan sehat (BPOM, 2010).

Self care agency (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS kebersihan lingkungan dalam bentuk membuang sampah serta menggunakan jamban bersih. Selain faktor ketersediaan sarana fisik dan informasi di sekolah, kegiatan membuang sampah merupakan hal yang tampak nyata. Jika ada yang membuang akan kelihatan. Ada teguran dari guru namun belum ada tugas sesama siswa untuk melaporkan temanya jika membuang sampah sembarangan. Selain itu juga karena guru punya keterbatasan mengontrol setiap hari perilaku tersebut. Tugas kebersihan lingkungan sekolah selama ini dilakukan oleh petugas kebersihan, sehingga tanggung jawab menjaga kebersihan dari siswa masih kurang. Perlu perhatian serius karena dampak yang muncul adalah penyakit diare, kecacingan dan *typhoid*.

Upaya yang dilakukan melalui pendekatan keluarga untuk meningkatkan *self care agency* anak dalam melakukan PHBS sangat dipengaruhi oleh peran anggota keluarga yang lain. Peran orangtua sangat berpengaruh terhadap keberhasilan intervensi terhadap anak karena anak usia sekolah masih belum bisa melakukan pengambilan keputusan sendiri. Pengambil keputusan dalam keluarga dan pembagian tugas merawat anak tidak terlepas dari faktor budaya Jawa. Ibu memiliki kekuasaan yang lebih rendah daripada ayah sehingga pengambilan keputusan dilakukan oleh ayah dan tugas merawat anak (termasuk

membawakan bekal anak ke sekolah) adalah tugas ibu (Sudiharto, 2012). Kondisi ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan proses perubahan kemandirian anak kurang berhasil sesuai harapan yang diinginkan. Profil ayah sebagai pengambil keputusan utama sebaiknya dilibatkan selama proses intervensi selama 4 sesi CFIM agar bisa mempunyai persepsi yang sama terhadap perlunya peningkatan *self care agency* anak.

Selain itu, CFIM yang dilakukan sudah menggunakan metode kombinasi 1 arah (ceramah) dan 2 arah (diskusi, demonstrasi dan menonton video cuci tangan) namun belum mampu meningkatkan *self care agency* anak. Metode pembelajaran kepada anak dalam penelitian ini masih belum memperhatikan kebutuhan bermain sesuai usia anak dan penggunaan alat bantu (media) video cuci tangan belum dikombinasikan sesuai usia anak. Video dapat dikreasikan sendiri dengan lagu agar meningkatkan motivasi anak mengikuti pembelajaran sesuai tujuan yang diharapkan.

Pelaksanaan CFIM yang sudah dilakukan belum mampu meningkatkan *self care agency* anak dalam melakukan PHBS di sekolah. Hal ini karena pengaruh lingkungan selain keluarga yaitu sekolah dan teman sebaya yang lebih besar, sehingga dalam upaya merubah kemandirian anak diperlukan upaya perubahan lingkungan.

SIMPULAN

Pendekatan CFIM dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen Malang, namun pendekatan CFIM belum dapat meningkatkan praktik tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dan *self care agency* (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS di sekolah di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen Malang

Saran bagi keluarga diharapkan meningkatkan pemahaman tentang pencegahan FBD melalui kebersihan diri, makanan dan lingkungan dengan aktif bertanya pada petugas

atau kader kesehatan setempat, mencari informasi secara mandiri melalui televisi, internet dan media lain. Keluarga menjadi *role model* bagi anak serta memberikan *reward dan punishment* sebagai salah satu bentuk dukungan keluarga dan motivasi kepada anak. Keluarga (ibu) membawakan bekal ke sekolah dan memberi uang saku secukupnya kepada anak untuk mengurangi resiko jajan sembarangan selama di sekolah. Keluarga yang tidak memiliki sarana penyimpanan makanan pada suhu aman sebaiknya menyiapkan makanan dalam porsi sesuai kebutuhan agar tidak menyimpan makanan dalam suhu ruang terlalu lama.

Saran bagi tenaga kesehatan Pengoptimalan program UKS untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang PHBS kepada komunitas sekolah (murid, guru dan karyawan). Pendidikan kesehatan dengan topik mencuci tangan (6 langkah) dengan sabun, konsumsi jajan sehat di kantin, jamban bersih, membuang sampah di tempatnya menggunakan media seperti *leaflet/booklet* yang bisa dibagikan ke murid dan pihak sekolah. Pendampingan kepada keluarga melalui kader kesehatan tentang praktek pencegahan *food borne disease*: kebersihan diri, kebersihan makanan, dan kebersihan lingkungan. Kerja sama dengan dinas kesehatan terkait program edukasi berkelanjutan kepada penjual makanan di sekitar sekolah tentang keamanan pangan.

Institusi pendidikan: Pembuatan kantin sekolah serta larangan berjualan bagi pedagang jajanan dari luar untuk memudahkan dalam pengontrolan kebersihan makanan. Pemberian peraturan dalam melakukan PHBS terkait kebersihan lingkungan dan perbaikan fasilitas seperti tempat pembuangan sampah sementara. Anak sekolah: Pembentukan kelompok sebaya (*peer group*) yang dapat membantu anak untuk saling mendukung dalam melakukan PHBS.

DAFTAR PUSTAKA

Antara, A. (2014). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Pendekatan Hpm*

- Terhadap Perilaku Pencegahan Diare Pada Murid Kelas 5 SDN Sidotopo Wetan 1 Surabaya.* Universitas Airlangga, Surabaya.
- Ayu, E. (2013). *Pola Jajanan Sehat dan Konsumsi Buah Sayur Siswa SD Islam Athira* Universitas Hasanudin, Makasar.
- BPOM. (2010). *Info POM Badan Pengawas Obat Dan Makanan Republik Indonesia Volume XI, No 3.Mei-Juni 2010, ISSN 1829-9334*
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. (2013). *Profil Kesehatan Jawa Timur 2013* (Publication., from Dinas Kesehatan Profinsi Jawa Timur: <http://dinkes.jatimprov.go.id>
- Efendi, F. (2013). *Keperawatan Kesehatan Komunitas, Teori dan Praktik dalam Keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika.
- Kemenkes RI. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia 2012.* Jakarta
- Kholid, A. (2015). *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya.* Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Maulana, H. (2013). *Promosi Kesehatan.* Jakarta: ECG.
- Mubarak, W. (2007). *Promosi Kesehatan, Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan.* Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan: teori dan Aplikasi.* Jakarta: Rineka Cipta.
- Puspitasari, H. (2006). *Pengaruh Sosial Ekonomi, dukungan keluarga terhadap kenakalan remaja di kota Bogor.* Institut Pertanian Bogor
- Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar.* Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI: Jakarta
- Rokhimah, T. H. N. (2009). *Evaluasi Pelaksanaan Kampanye Sosial Perilaku Hidup Bersih untuk menurunkan angka diare di kabupaten* kulon (Publication. Retrieved 25 September 2014: <http://www.ums.ac.id/fakultas-ilmu-sosial-ilmu-politik/wp-content/uploads/2010/05/jurnal-uajy-2009>
- Setiyorini, E. (2012). *Pengaruh Pendekatan Model Intervensi Keluarga Calgary Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Praktik Manajemen Asma Dan Derajat Kontrol Asma Anak Di Poli Anak RSD. Mardi Waluyo Blitar.* Universitas Airlangga
- Siu, A. (2006). *Evaluation of The Chronic Disease Self-Management Program in A Chinese Population. Population. Patient* 65, 42-50.
- Solikhah, H. (2013). *Gambaran Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Tentang Food Borne Disease Pada Anak Usia Sekolah Di SDN Babat Jerawat 1 Kecamatan Pakal Kota Surabaya.*
- Sudiharto. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural.* Jakarta: EGC.
- Syafitri, Y. (2009). *Kebiasaan Jajan Siswa Sekolah Dasar di SDN Lawanngitung 01 Bogor .Skripsi. IPB (karya tidak dipublikasikan).*
- Taufik, M. (2007). *Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan.* Jakarta: Infomedika.
- Trepka, Et Al. (2006). *Food Safety Beliefs And Barriers To Safe Food Handling Among Wic Program Clients, Miami, Florida.,Jneb Nov-Dec;38(6):371-7.* Pubmed
- WHO. (2009). *Diarrhoea :Why Children Are Still Dying And What Can Be Done.*Unicef
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis Epidemiologi Penularan Pencegahan dan Pemberantasannya* (2 ed.). Jakarta: Erlangga.
- Wong, D. L. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri* (6 ed.). Jakarta: PT.Indeks.

Wright M, L. M. (2009). *Nurses And Families
A Guide To Family Assessment And
Intervention* (2 ed.). Philadelphia:
Davis Company.